

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. 31 resekcji kiszek. Podał Prof. D-r Julian Kosiński. Leczenie rze-
żączki przewlekłej u mężczyzny. Podał J. Funk. (Dokończenie). — **Bibliografia i Krytyka.** Błonica. Przez
D-ra H. Bourges. (Dalszy ciąg) — **Streszczenia i wyciągi.** 128. Czy wytwarzanie się azotonów pod wpły-
wem lascezników cholery ma istotne znaczenie przy jej powstawaniu? 129. Badania nad odpornością prze-
ciw cholery azyatyckiej. 130. Przyczynki do etyologii gośćca stawowego. 131. O zaburzeniach w układzie
nerwowym u chorych na gruźlicę płucną. 132. Badania doświadczalne nad stosowaniem salicylanu sodu
przez kizkę prostą przy gośćcu stawowym. 133. O chorobie Bright'a. 134. Przypadek zatrucia kodeiną. —
Drobniejsze wiadomości różnej treści. — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli.** — **Ogłoszenia.**

31 RESEKCYI KISZEK.

Podał Prof. D-r Julian Kosiński.

W roku 1885 ogłosiłem w „Medycynie“ trzy przypadki resekcji kiszek, a następnie w temże piśmie, w roku 1888, nowych sześć przypadków tej samej operacji opisałem. Obecnie liczba dokonanych w mojej klinice resekcji kiszek wzrosła do 31. Cyfra ta przedstawia już poważniejszy materiał dla statystyki tej operacji i pozwala wyprowadzać szersze wnioski tak pod względem technicznej strony operacji, jak i pod względem wskazań do niej. Na posiedzeniu Warsz. Tow. Lekarsk. w dniu 18 kwietnia r. b. mówiłem o 30 (wten-
czas) operacjach, podając zarazem tablicę wszystkich przypadków, w porządku chronologicznym zestawionych. Dziś uzupełniwszy jednym jeszcze przypadkiem, podaję do „Medycyny“ szczegółową tablicę przypadków operowanych, moje uwagi i wnioski do resekcji kiszek odnoszące się. Nie opisuję każdego przypadku z osobna, jak to uczyniłem we wspomnianych na początku, dwóch seryach resekcji kiszek. Nie czynię tego dla uniknięcia powtarzania się zbyt częstego w szczegółach identycznych, właściwych każdemu przypadkowi. Tablica da czytelnikowi dostateczne wyobrażenie o rodzajach przypadków, zaś uwagi i wnioski ogólniejsze uzupełnią rzecz całą, czyniąc mniej potrzebnym kliniczny opis każdej obserwacji.

Przedewszystkiem zaznaczyć muszę, że mowa tu będzie o resekcjach ki-
szek w części tego długiego przewodu, zaczynając od dwunastnicy, a zatem na
kiszka ch cienkich i grubych aż do kizski prostej. Resekcyje tej ostatniej, doko-
nywane bez otwarcia jamy otrzewnowej, nie są do powyższych operacji włą-
czone. Wszystkie więc nasze operacje dokonane były przez laparotomię. Ró-
wnież wykluczone są wszelkie inne operacje na kizka ch dokonywane, jak np.
uwolnienie uwięźniętej w jaki bądź sposób kizski, bez jej resekcji, *anus prae-
ternaturalis* i t. d.. Resekcyje żołądka nie znajdują tu również miejsca.

Z wyjątkiem tylko dwóch przypadków, resekcya we wszystkich innych
była cyrkularna, t. j. taka, gdzie był wycięty mniejszy lub większy kawałek
kizski w całym jej obwodzie; boczna resekcya t. j. wycięcie kawałka kizski
wpodłuż tylko raz jeden była robiona.

Najdłuższy kawał wyciętej kiszki równał się 143 ctm., najkrótszy 6 ctm.. Największa część przypadków była tam, gdzie wycięty kawałek kiszki miał długości od 6 do 12 ctm..

Cięcie ściany brzusznej dla otworzenia jamy i dojścia do odcinka kiszki, mającego być resekowanym, było prowadzone w rozmaitych miejscach, stosownie do przypadku i poszczególnych wskazań. W przypadkach, w których wybór miejsca był wolny, jamę brzucha otwieraliśmy na białej linii; miało to miejsce przy nowotworach i niedrożnościach kiszek innej natury, z niepewnem określeniem, gdzie i jaka część kiszki ma być operowana; dla resekcji zaś z powodu *anus praeternaturalis*, cięcie brzucha bez wyjątku prawie było robione na miejscu znajdującego się otworu i t. d..

Co do sposobu wykonania operacji wycięcia kiszek i naturalnie zeszywania (*enterorrhaphia*), to nie wdając się w zbyt szczegółowy opis resekcji, na niektórych punktach jednak muszę się nieco dłużej zatrzymać. Niemam potrzeby mówić o zachowaniu podczas operacji jak największej czystości i możliwej aseptyki, jak również o przygotowaniu przewodu pokarmowego pacjenta przed operacją przez podanie (jeżeli można) środka czyszczącego, przez enemy i t. p.. W chronicznych przypadkach, jak np. *anus praeternaturalis*, bardzo stosownem jest, przez parę dni przed operacją dawać choremu naftolu po 3—4 grana dwa trzy razy na dzień. Wpływa to dobrze na odwonienie kału i ułatwia tem samem zachowanie czystości podczas operacji w jamie otrzewnowej. Samo się przez się rozumie, że w przypadkach nagłych, gdzie operacja nie może być dokładną, w przypadkach resekcji, że tak powiem, nieprzewidzianej, jak to ma miejsce z okluzją kiszek wewnętrzną, ostrą, której rodzaj zwykle niedaje się z góry określić, a zatem dyagnoza aż do otworzenia jamy brzusznej pozostaje niepewną, w tych i temu podobnych przypadkach oczywiście powyższe przygotowania przedoperacyjne, a przynajmniej część ich niemoże być uskutecznioną. To jednak, co się da zrobić odnośnie aseptyki, winno być z największą ścisłością zrobione. Zawsze dbałem o to bardzo, aby operacja była wykonana nietylko możliwie czysto ale i prędko, szczególnie w tym jej okresie, kiedy jama otrzewnej już jest otwarta i kiszki wyprowadzone są na zewnątrz. Jakkolwiek resekcja kiszek, a szczególnie założenie szwu należy do bardzo zmuśnych operacji, wymagających wielkiej dokładności w wykonaniu, jednak od szybkiego postępowania zależy wiele, aby rezultat był pomyślny. Długie trzymanie kiszek na powietrzu, niedostateczne pokrywanie ich zwilżonemi serwetkami, nadmiernie długie zaciśnięcie odcinków, w ten lub inny sposób uskuteczniane, aby zawartość z jelita nie wyciekła, zmuszając do ciągłego splukiwania i oczyszczania otrzewny, wszystko to drażni otrzewną i ujemnie wpływa na przebieg pooperacyjny. Im prędzej z temi szczegółami można się załatwić, tem pewniejszy osiągnąć się daje rezultat. Tem bardziej nie trzeba spuszczać tego z uwagi, że często bardzo dostajemy do operacji chorego, który już się znajduje w stanie *shock'u*, wywołanego przez samą okluzję, z którego tylko wyprowadzić może do *minimum* ograniczone wstrząśnienie podczas operacji i przez samą operację.

Podczas wycięcia kiszki i założenia szwu nie używam, jak to dawniej robiłem, żadnych uciskadeł. Zapomocą tych ostatnich nie daje się regulować odpowiedni stopień ucisku i znacznieszą przyczynia się traumę, niż jeżeli końce kiszki będą uciskane palcami doświadczonego asystenta. Ostatnie moje operacje wszystkie robiłem w ten sposób, że wylanie się zawartości z otwartej kiszki było zabezpieczone palcami asystenta.

Do splukiwania otrzewnej z krwi, śluzu lub przypadkowo wylanego kału nie używałem ani sublimatu, ani karbolu, a tylko roztworu fizyologicznego soli, jako płynu najmniej drażniącego i nie wywołującego żadnego zatrucia.

Stosownie do wielkości wyciętego kawałka kiszki postępowalem z kiszka, do której ów odcinek się przyczepiał. Jeżeli długość resekowanej kiszki nie przechodziła 10 ctm., zwykle z krezki wycinałem trójkątny kawałek, którego podstawa odpowiadała długości kiszki; w tych przypadkach, gdzie trzeba było wyciąć kiszki więcej niż 10 ctm., krezki nie wycinałem wcale albo tylko tyle, ile zmiany w niej patologiczne tego wymagały. W pierwszym przypadku połączenie brzegów okrwawionych krezki było równiejsze i gładsze, w drugim trzeba było ją pofastrygować, co jednak nie wpływało ujemnie, o ile się przekonać mogłem, na dobre zrośnięcie szwu i przebieg pooperacyjny.

Tętnice i żyły większe tak w krezce, jak i w ścianie kiszki wymagają osobnych podwiązań. Wszystkie mniejsze zaś niepotrzebują tego, albowiem przy zakładaniu szwu dostatecznie są uciśnięte i krew z nich całkowicie sączyć przestaje. Co do rodzaju szwu, to z biegiem czasu i rosnącego doświadczenia zmieniłem moje pierwotne zdanie, wypowiedziane w roku 1885 i 1888, kiedy ogłosiłem pierwsze spostrzeżenia z dziewięciu resekcji kiszek. Wtenczas byłem zwolennikiem szwu przerywanego, węzełkowego, mniemając, że taki szew bardziej zapewnia i ułatwia zrośnięcie połączonych końców kiszki. Dziś odstąpiłem od tego szwu, jako wymagającego znacznie dłuższego czasu, a zeszycam tak kiszka, jak i krezka wyłącznie szwem nieprzerwanym, kuśnierskim. Zwykle daję szew podwójny, dwupiętrowy; pierwszym ujmuję błonę surowiczą i mięśniową, niezważając na to, jeżeli tu i owdzie będzie ujęta i błona śluzowa; drugim tylko błonę otrzewną z tkanką komórkowatą, pomiędzy tą, a błoną mięśniową będącą, i tym drugim szwem zakrywam szczelnie szew pierwszy. Tak pierwszy jak i drugi szew powinien być gęsty, aby żadne pomiędzy nitkami nie powstały przestrzenie, przez które śluz lub zawartość z kiszki mogły by do jamy otrzewnowej przeciekać.

Przy równej grubości dwóch końców kiszki wycięcie uskuteczniam przez prostopadłe do osi kiszki cięcie. Jeżeli zaś dolny koniec jest znacznie węższy niż górny, co zwykle bywa przy przewlekłych zaciśnięciach lub przy długo istniejącym *anus praeternaturalis*; natenczas w tym dolnym końcu cięcie robię mocno skośne, ażeby w ten sposób obwód rany o ile możliwości zrównać z obwodem drugiego—górnego odcinka. W ten sposób unika się wycinania z grubszego końca trójkąta lub tworzenia w nim fałdów, mogących niekorzystnie wpływać na zrośnięcie połączonych końców kiszki.

	Nazwisko.	Wiek.	Przyczyna operacji.	Operacja.	Data operacji.	Zejsście.
1	Włodarek Maryanna, kucharka.	27	<i>Anus praeternaturalis</i> od Maja 1883 r. <i>post entero-perit. gangraenos. circumscript.</i> , powstałej po kilkumilowej podróży piechotą podczas słoty i zimy.	<i>Enterectomia</i> . Wycięto 7 centym. kiszki (<i>ileum</i>) i klin <i>mesenterii</i> .	10 Marca 1884.	Wyzdrowienie.

	N a z w i s k o.	Wiek.	Pr z y c z y n a operacyi.	O p e r a c y a.	Data operacyi.	Z e j ś c i e.
2	Palinczausza Wojciech.	21	<i>Anus praeternaturalis</i> od Lutego 1884 r. <i>post herniam incarceratedam (congenitam) gangraenosam (ingu. scrotal. dextram)</i> , przez który cała zawartość wychodziła, a stolica od 7 tygodni nie było wcale.	<i>Enterectomy.</i> 6 centymetr. кишки (<i>ileum</i>) z klinem <i>mesenterii</i> .	30 Kwietnia 1884.	Wyzdrowienie.
3	Wiewiórska Anna, żona ogrodnika,	29	<i>Cancer coli in curvatura sinistra. Stricture coli</i> , której objawy uwydatniły się od roku a guz od 3 miesięcy.	<i>Colectomia.</i> 12 centymetr. <i>coli</i> , klin z <i>mesocolon</i> i 3 gruczoły limfatyczne z tej że zrakowaciaste.	25 Lutego. 1885.	Wyzdrowienie. 2-je dzieci.
4	Plage Marya.	10	<i>Anus praeternaturalis. Enteroperitonitis tuberculosa, tumor et fistula stercoralis in mesogastrio.</i> Trzy przedziurawienia кишки, zlepy wszystkich pętlic kiszek.	<i>Enterectomy.</i> 8 cent. <i>jejuni</i> z klinem <i>mesenterii</i> . W dwóch miejscach <i>Enterorrhaphia</i> i wyskrobanie lub wycięcie mas i strzępów gruczołowych otrzewnej i porozrywanie zlepow.	10 Kwietnia 1886.	Wyzdrowienie.
5	Świdorski Michał, konduktor dr. żel.	29	<i>Anus praeternaturalis post herniam incarcer. (congenit.) sinist. gangr. (we Wrześniu 1886 r.).</i>	<i>Enterectomy.</i> 6 centymetr. <i>ilei</i> .	30 Grudnia 1886.	Wyzdrowienie.
6	Kollator Rozalia.	24	<i>Anus praeternaturalis post peritonitidem pelvicam purulentam, perforatio S. romani.</i>	<i>Colectomia S. romani.</i>	8 Stycznia 1887.	<i>Mors post 16 dies ex pyaemia simpl. praeeistente.</i>
7	Kuszel Emilia.	34	<i>Anus praeternaturalis post herniam umbilicalem gangraen. ante 4 hebdom.</i>	<i>Enterectomy.</i> 10 centymetr. <i>ilei</i> .	24 Stycznia 1887.	Wyzdrowienie.
8	Plage Marya, operacya powtórna.	10	<i>Enteroperitonitis tuberculosa.</i> Po enterektomii w Kwietniu 1886 r. powtórna perforacya (<i>anus praeternaturalis</i>).	<i>Enterectomy jejuni.</i> 6 centymetrów. Rana po laparotomii tylko w części zeszyta.	4 Maja 1887.	Wyzdrowienie.
9	Berger Gitla, bezdzietna.	54	<i>Cystis mesenterii</i> zrosty z kiską cienką stare na znacznej przestrzeni.	<i>Enterectomy.</i> 19 centymetr. <i>jejuni</i> .	2 Czerwca 1888.	Wyzdrowienie.

	Nazwisko.	Wiek.	Przyczyna operacyi.	Operacya.	Data operacyi.	Zejście.
10	Stelmaszczuk Zofia.	40	<i>Anus praeternat. post ovariomiam (cystis).</i> Pozostawiona przez 3 miesiące pinceta wywołała ropień i przedziurawienie kiszki.	<i>Enterectomia</i> po otworzeniu ropnia 6 centymetrów.	3 Października 1888.	Wyzdrowienie.
11	Mazur Estera.	60	<i>Gangraena ilei</i> z powodu <i>hernia inguinalis incarcerata gangraenosa</i>	<i>Enterectomia sub herniotom.</i> , 6 ctm.	23 Maja 1889.	Śmierć. <i>Peritonitis septico purulenta</i> , (śmierć po 2 dniach).
12	Zaluska Małka.	54	<i>Carcinoma coli transvers.</i>	<i>Colectomia</i> 12 ctm. (BUKOWSKI).	15 Lipca 1889.	Wyzdrowienie.
13	Rosman Małka.	50	<i>Carcinoma coeci.</i>	<i>Colectomia.</i>	1 Sierpnia 1889.	Śmierć. <i>Ex peritonitide purul.</i> w miesiąc po operacyi.
14	F. Ella.	42	<i>Cystomata intraligamentosa et pyosalpinx bilateralis, adhaesiones cum S. romano et recto—ovariotomia — fistula stercoralis.</i>	<i>Colectomia</i> w 5 miesięcy po 1-ej laparotomii.	3 Listopada 1889.	Śmierć we dwa dni po operacyi <i>ex col-lupso</i> .
15	Wilczak Walenty	30	<i>Anus praeternat. post herniam incarc. gangraenosam (inguin. dextra).</i>	<i>Enterectomia</i>	12 Maja 1890.	Wyzdrowienie. (22 Lutego wycięcie 12 ctm., utworzenie <i>anus praeternatural.</i> , 12 Maja resekcya).
16	Jakaeki Karol.	45	<i>Carcinoma coli ascendentis.</i>	<i>Colectomia.</i>	10 Maja 1891.	Śmierć 4 dnia, <i>gangraena pulmon.</i>
17	Słoneczyński Michał.	45	<i>Volvulus S. romani.</i>	<i>Colectomia</i> , wycięcie <i>S. romani</i> , utworzenie <i>anus praeternat.</i> , powtórna <i>Colectomia</i> (4 ctm.) et <i>colorrhaphia</i> 8 Października. (SOLMAN).	28 Lipca 1891.	Wyzdrowienie.
18	Trzaskowski Walery.	48	<i>Hernia incarcer. gangraenosa (inguinalis).</i>	<i>Enterectomia</i> , 143 centym. <i>ilei, sub herniotomia.</i>	16 Października 1891.	Śmierć skutkiem <i>Collapsus</i> .

	Nazwisko.	Wiek.	Przyczyna operacyi.	Operacya.	Data operacyi.	Zejście.
19	Rubinstein Jankiel.	60	<i>Carcinoma coeci et coli ascenditis.</i> Guz wymacalny już od 6 miesięcy.	<i>Colectomia</i> , do 12 centym., <i>coeci et coli ascend.</i> ; jejunum przyszyto wyżej.	18 Października 1891.	Wyzdrowienie zupełne, podczas gojenia rany była przetoka kałowa, która całkowicie się wygoiła.
20	Lipińska Marya.	23	<i>Anus praeternat. post hern. incarc. (crural).</i>	<i>Enterectomia ilei</i> (8 etm.).	20 Września 1892.	Wyzdrowienie.
21	Rajkowska Maryanna.	50	<i>Gangraena intestini sub hernia incarc. (crurali).</i>	<i>Enterectomia ilei</i> (6 etm.).	5 Grudnia 1892.	Wyzdrowienie.
22	Bednarska Maryanna.	30	<i>Gangraena intestini sub hernia incarc. (inguinalis).</i>	<i>Enterectomia</i> (12 etm.).	20 Stycznia 1892.	Śmierć 7 dnia, <i>peritonitis</i> (szew trzyma dobrze).
23	Fryszner Abraham.	34	<i>Carcinoma coli (flexurae sinistrae).</i>	<i>Colectomia</i> (14 etm.).	23 Marca 1892.	Śmierć 5 dnia, <i>Peritonitis stercorea</i> . skutkiem rozjęcia się szwów.
24	Gawroński Michał.	65	<i>Carcinoma coeci.</i>	<i>Colectomia.</i> (<i>Caecum et col. ascend.</i> 16 etm.).	5 Czerwca 1892.	Śmierć 8 dnia po operacyi prawie nagle.
25	Lenard Anna.	15	<i>Strictura coli descenditis (tuberculosaf).</i> Niedrożność ostra.	<i>Colectomia</i> (6 etm.).	19 Czerwca 1892.	Wyzdrowienie.
26	Kohn Boruch.	19	<i>Anus praeternat. post herniam incarc. gangraen. (crural).</i>	<i>Enterectomia</i> (6 etm.). (SOLMAN).	12 Września 1892.	Wyzdrowienie.
27	Filipiak Zofia.	64	<i>Gangraena intest. sub hernia incarc. gangraenosa (crural).</i>	<i>Enterectomia</i> (10 etm. ilei).	19 Września 1892.	Śmierć drugiego dnia, <i>peritonitis generalis</i> , szew dobrze trzyma.
28	Janowski Zygmunt.	43	<i>Vulnus ruptum jejuni</i> skutkiem przygniecenia wozem do muru. <i>Peritonitis ex enterobrosi.</i>	<i>Enterorrhaphia jejuni</i> bez resekcji.	27 Stycznia 1893.	Wyzdrowienie wysięk ropuy opłucnej. (<i>Pleurotomia</i> 30. III).
29	Szymczak Jakób.	24	<i>Vulnus ruptum ilei</i> skutkiem uderzenia kopytem konia, <i>peritonit. purul. circumscripta in reg. coecali.</i>	<i>Enterectomia ilei</i> 7 centym. po otworzeniu ropnia.	17 Lutego 1893.	Wyzdrowienie.

	Nazwisko.	Wiek.	Przyczyna operacji.	Operacja.	Data operacji.	Zejście.
30	Goldzweig Berek.	18	<i>Stricture ilei ex strangulatione post appendicitidem et adhaesione ad mesenter.</i>	<i>Enterectomia, 33 centym. ilei.</i>	11 Marca 1893.	Wyzdrowienie.
31	Wąs. Julianna.	32	Przedziurawienie jelita cienkiego i okrężnicy zagiętej przez główkę dziecka, pozostała w macicy przez 9 miesięcy po porodzie skutkiem oderwania przy wydobywaniu dziecka.	Wycięcie jelita cienkiego (12 ctm.), zeszyte okrężnicy z macicą.	12 Czerwca 1893.	Wyzdrowienie, przez 3 tygodnie wychodził kał w części przez macicę.

(D. n.).

LECZENIE RZEŻĄCZKI PRZEWLEKŁEJ U MĘŻCZYZN.

Podał J. Funk.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 33).

Badanie tryprów przewlekłych.

Pragnąc określić na tem miejscu jedynie tylko najprzystępniejsze i najważniejsze sposoby badania, muszę pominąć metody specjalne, a między niemi uretroskopię, której znaczenia dziś jeszcze przesądzać nie można, a której młoda odrośl, cystoskopia, nieocenione już oddaje usługi ⁶⁾.

a) Przedewszystkiem staramy się dowiedzieć, jaki jest dotychczasowy przebieg sprawy tryprowej, czy nie było powikłań, czy i w jaki sposób chory przebywał poprzednio sprawy tryprowe, jakie było leczenie i jaki jest tryb życia chorego. Z tych danych niejedno może być przy leczeniu zużytkowane. Badamy następnie wzrokiem i dotykiem cewkę, międzykrocze, jądra, przyjądźrza i sznurki nasienne, dalej przez opróżnioną kiszkę badamy palcem gruczoł krokowy i pęcherzyki nasienne.

b) Badamy ranną wydzielinę cewki na gonokoki i przy wynikach ujemnych powtarzamy badanie kilkakrotnie. Brak gonokoków, stwierdzony kilkakrotnie, brak lub nader mała ilość ciałek ropnych w wydzielinie (nawet po użyciu napojów wyskokowych lub po wstrzykiwaniach lapisowych) przemawia za niezaraźliwością wydzieliny ⁷⁾.

c) Chory powinien przynosić z sobą na każdą poradę, w 2 buteleczkach, w każdej po parę uncyi moczu, zebranego przy początku i pod koniec porannego oddawania moczu. Im mniejsza jest ilość moczu, tem łatwiej wykryć w nim przymieszki patologiczne; albowiem pierwsze krople moczu unoszą z sobą wydzielinę błony śluzowej całej cewki, w ostatnich zaś kroplach znaj-

⁶⁾ Tryumfem współczesnej uretroskopii jest rozpoznawanie polipów i owrzodzeń cewki moczowej.

⁷⁾ Jednakże rozstrzygać może jedynie szczepienie wydzieliny na płytkach.

dować się może zawartość przewodów wytryskowych i gruczołu krokowego, wyciśnięta przez skurcz zwieracza. Oczywiście, przy tryprze części przedniej mocz w drugiej buteleczce będzie czysty, przy zajęciu zaś części przedniej i tylnej (lub samej części tylnej) obie porcje moczu zawierać będą przymieszki chorobowe. Nietylko męt rozlany lub nitki, ale i lekki pyłek zawieszony w drugim naczyniu dowodzi zajęcia części tylnej. Próba dwóch buteleczek, bardzo prosta i przystępna, wykaże umiejscowienie sprawy tryprowej w ogromnej większości przypadków; jednakże przy bardzo skąpej, mocno przylegającej wydzielinie zdarzyć się może, że, pomimo zajęcia części tylnej, mocz w drugim naczyniu będzie czysty. Przeplukanie części przedniej zapomocą cewnika służyć może w tych razach jako dopełnienie poprzedniej próby, również jednak nie daje absolutnie pewnych wyników rozpoznawczych.

d) Badanie drobnowidzowe osadu moczowego i wydzieliny rannej wykazuje stosunek wzajemny śluzu nabłonków i ciałek ropnych, wykrywa domieszkę nasienia, wydzieliny gruczołu krokowego i t.d. Znaczna zawartość nabłonków przejściowych (a tem więcej walcowatych) wskazuje na cierpienie gruczołów i ich przewodów. Płyn, ukazujący się w otworze cewki przy oddawaniu kału, przed oddaniem moczu lub w ostatnich jego kroplach — to płyn prawidłowy z gruczołu krokowego (*prostatorrhoea*), albo zmieszany z ciałkami ropy i nabłonkami (*prostatitis*), albo wreszcie nasienie normalne lub zmienione.

e) Jeżeli niema wyraźnych przeciwwskazań, to zbadanie światła przedniej części cewki zapomocą zgłębnika winno być dokonane przy pierwszej wizycie chorego. Wprowadzenie zgłębnika metalowego N-r 20—24 Ch. wystarczy zupełnie. Gdy pierwsze badanie nie wykryje zwężenia, poszukiwanie t. zw. zwężeń obszernych lepiej jest odłożyć na później. Obmacywanie ściany cewki na zgłębniku pozwala wykryć zgrubienia i stwardnienia rozlane (głębokie zmiany tryprowe w cewce przedniej), jak równie ograniczone guziki (*folliculitis*).

Kwestya umiejscowień przewlekłego trypra przedstawia się w ogólnych zarysach w sposób następujący: Prawie wszystkie trypry przewlekłe usadowione są w części przedniej cewki, najczęściej w opuszcze w postaci pojedynczych lub mnogich obszernych ognisk. Znaczna część tych spraw przechodzi wcześniej czy później na część tylną cewki, zwłaszcza wskutek obostrzeń. Nic łatwiejszego do wyleczenia, jak owe świeże, przeważnie łagodne nieżyty części tylnej, ale znacznie trudniejsza sprawa, gdy tryper zajmie gruczoł krokowy. Trypry usadowione wyłącznie w części tylnej (t. j. przy których sprawa wygasła w części przedniej cewki) należą do rzadszych; ilość ich nie przenosi 5%⁸⁾. Do tej właśnie kategorii niesłusznie zaliczane bywają w praktyce sprawy pochodzenia nie tryprowego, umiejscowione pierwotnie w części tylnej, o których mowa była na wstępie. Głębokie sprawy tryprowe, obejmujące całe jamiste cewki, stanowią, wogóle biorąc, niewielki tylko odsetek tryprów; częstszym stosunkowo jest tryper gruczołu krokowego, jedno z cierpień najuporczywszych, najtrudniejszych do wyleczenia.

*

*

*

⁸⁾ W tych przypadkach mocz zawiera śluz i ropę, wydzieliny zaś niema zupełnie.

Zanim przystąpię do leczenia miejscowego spraw tryprowych przewlekłych, pozwolę sobie przypomnieć na tem miejscu zasady obowiązujące przy leczeniu trypra za pomocą narzędzi.

Narzędzie jest złem koniecznem, musi bowiem drażnić w mniejszym lub większym stopniu chorą tkankę. W nieodpowiedniej chwili lub w nieodpowiedni sposób użyte, może narzędzie spowodować nieobliczone szkody, wywołać powikłania, przenieść zarazek na zdrowe dotychczas tkanki, opóźnić wyleczenie o wiele miesięcy. Oto są najważniejsze przepisy:

Nie wprowadzać narzędzi do cewki przy obfitej wydzielinie ropnej, przy objawach podrażnienia, chociażby nieznacznych, jak np. parciu na mocz, bólu, naprężeniach bolesnych członka i t. p.

Nie wprowadzać narzędzi przy ostrych powikłaniach, i nie wcześniej, jak w 6—8 tygodni po przebyciu powikłania. Tylko wyjątkowo łagodny charakter powikłania pozwoli na skrócenie powyższego terminu.

Wprowadzać jedynie narzędzia łatwo, luźno przechodzące przez cewkę. Gdy przeszkodę stanowi zbyt wąskie ujście cewki, należy je lekko naciąć u dolnego spojenia; drobny ten rękoczyn często jest nieunikniony. Należy potępić stanowczo wprowadzanie narzędzi siłą przez zbyt wąskie ujście cewki.

Nie wprowadzać narzędzi zbyt często; przekonałem się, że pięciodniowe przestanki są najodpowiedniejsze. Należy czekać, aż odczyn, wywołany przez narzędzie w tkankach chorych, przeminie; wiele na tym punkcie popełnia się błędów.

Nie wprowadzać na jednym posiedzeniu więcej nad jedno narzędzie.

Nie prowadzić leczenia narzędziami *ad infinitum*. Słyszymy codziennie o trzydziestu, czterdziestu przyżeganiach cewki. Jest to bezużyteczne dręczenie cewki, które nieraz pozostawia szkodliwe w niej ślady; GRÜNFELD znajdował po częstem zakładaniu zgłębników i przyżeganiu nie tylko zmiany powierzchowne ze zmętnieniem i zgrubieniem nabłonka, ale i blizny. W ciągu wielu lat przekonałem się, że gdzie 6—10-krotne powtórzenie rękoczynu nie pomoże, tam nadzieja wyleczenia za pomocą zastosowanej metody bardzo jest słaba.

Wstępem do każdego leczenia narzędziami jest zbadanie światła cewki; jeśli stwierdzono obecność zwężenia, należy je przede wszystkim usunąć.

Balanopostitis należy usunąć przed rozpoczęciem leczenia narzędziami. Przed każdym wprowadzeniem narzędzia należy oczyścić ujście cewki roztworem przeciwnilnym.

Gdzie wybór narzędzi jest dowolny, daję pierwszeństwo metalowym przed miękkimi. Narzędzie metalowe pozwala na ściślejsze umiejscowienie wpływu leczniczego, daje się łatwo i szybko sterylizować, nie łamie się w drogach moczowych, jak to się z narzędziami miękkimi zdarzyć może. Wysterylizować można narzędzie metalowe w płomieniu lampki spirytusowej w ciągu kilku minut; narzędzia niewysterylizowane mogą być rozsadnikami gonokoków.

Leczenie miejscowe tryprów przewlekłych.

1) Przy tryprze przewlekłym cewki przedniej powierzchownym, t. j. bez zgrubień ściany cewki i zwężenia światła, leczenie miejscowe rozpoczynamy od wstrzykiwań roztworu lapisowego 1:4000—1:2000, na przemian z bismutem (1:100), za pomocą zwykłej strzykawki. Te proste środki, wespół z leczeniem ogólnym, doskonale nieraz działają. W razie niepowodzenia przechodzę do pendzlowań cewki przedniej za pomocą ULTZMAN'owskiego aparatu pendzlowego; pendzel zwilżam 2%, rzadziej 3—5% roztworem lapisu. Naj-

staranniej należy wypendzlować opuszkę i miejsca bolesne części wiszącej. Roztworem dwuprocentowym można wypendzlować łagodnie i całą część wiszącą. Pendzlowanie powtarzam co 5 dni, nie częściej, a w przerwach zalecam mieszanke Ricord'a ⁹⁾ lub inne wstrzykiwanie kojące. Przyznaję chętnie, że pendzlowania nie mogą dorównać pod względem ścisłości rękoczynom uretroskopowym, dają jednakże doskonale wyniki.

2) Tryper przewlekły części przedniej ze zmianami głębokimi tkanek leczymy przeważnie za pomocą ciężkich zgłębników metalowych ¹⁰⁾. Nacieczenia głębokie ściany cewki i ciała jamistego, obejmujące znaczną część obwodu cewki, prowadzą do t. z. zwężeń obszernych (Otis), których siedliskiem ulubionem jest opuszka.

Leczenie zaczynamy od zgłębnika Ch. 18—20—22; następne numery zgłębników wprowadzamy co pięć dni; zbyt wąskie ujście cewki należy naciąć u spojenia dolnego. Zależnie od łatwości, z jaką zgłębniki przechodzą, od wrażliwości chorego, rozmiarów prącia, od wskazań szczegółowych, prowadzimy leczenie zgłębnikami do Ch. 25—28—30.

Obok leczenia za pomocą ucisku (zgłębnikiem) niezbędne są często środki przyzegające powierzchownie, jak lapis lub jod. Jedno i drugie działanie wywierają zgłębniki powleczone maścią UNNY ¹¹⁾, która topnieje w cewce dopiero po upływie minuty. Miejsce zgłębnika, które zamierzamy pokryć maścią, ogrzewa się lekko nad płomieniem spirytusowym, poczem pocieramy tafelką maści; zgłębnik po stężeniu maści należy posmarować, jak zwykle, oliwą lub wazeliną. Zgłębnik wyjmuje się z cewki po upływie 2—5 minut, zależnie od wskazań szczegółowych. Metodę UNNY możemy gorąco na podstawie własnego doświadczenia polecić ¹²⁾. Wstrzykiwania środków łagodnych w przerwach zalecić można i w tych przypadkach; zubożniają one do pewnego stopnia drażniący wpływ narzędzia.

3) Trypra powierzchowne części tylnej cewki leczymy miejscowo za pomocą głębokich wstrzykiwań z doskonałym skutkiem; 2—3% roztwór lapisu w ilości dwugramowej wystarczy prawie zawsze. Wyprowadzając narzędzie, zostawiamy 2—3 kropel w opuszcze ¹³⁾, z wyjątkiem przypadków, w których sprawa tryprowa wygasła w części przedniej cewki.

4) Tryper przewlekły części tylnej głęboki, tryper przewlekły gruczołu krokowego nie należy do rzadkich cierpień. Sprawa tryprowa obejmuje: *caput gallinaginis*, gruczoł krokowy i jego przewody. Charakter jej bywa prawie zawsze od pierwszej chwili przewlekły. Rozpoznanie trypra prostaty opieramy na następujących danych:

Powiększenie gruczołu krokowego, nierówności na jego powierzchni; objawu tego brak bardzo często.

Wydzielanie się z cewki, zwłaszcza przy oddawaniu kału, płynu mniej lub więcej mlecznego, zawierającego ciała ropy w ilości bardzo zmiennej, liczne

⁹⁾ Mieszanka Ricorda: Rp. Aquae dest. 200,0. Sulfat. zinci 1,0. Acetat. plumbi 2,0. Laudani liquid. Tinct. catechu aa 3,0. MDS.

¹⁰⁾ Zgłębniki winny być doskonale odpolerowane; najlepsze są z nowego srebra.

¹¹⁾ Butyri cacao 100 części. Cerae 2—5 części (zależnie od pory roku). Argenti nitr. 1—5 części. Balsami peruv. 2 części.

¹²⁾ Z powodu szybkiego rozkładu azotanu srebra trzeba maść Unny często odnawiać; jestto jedyna jej niedogodność.

¹³⁾ Opis szczegółowy przy leczeniu trypra podostrego.

bardzo nabłonki przejściowe (okrągłe, owalne, wielokątne, maczugowate, wrzecionowate, rzadziej walcowate), drobne, mocno załamujące światło ziarnka lecytyny, ciała prostatyczne, rzadziej całe strzępy nabłonka z gruczołu krokowego, nieraz ciała nasienne (*prostatorrhoea* i nasieniotok); po dodaniu 1% roztworu fosforanu amonu do wydzieliny prostaty tworzą się przy zasychaniu preparatu wrzecionowate kryształki BETCHER'a. Podobne wyniki daje częstokroć badanie wydzieliny rannej, nitek i osadu moczowego.

Nitki w drugiej części moczu, zwłaszcza też nitki w ostatnich kroplach moczu dowodzą cierpienia gruczołu krokowego. Nitki te mogą być u jednego końca grubsze—kształtu gwoździa, co jednak nie często się zdarza (FÜRBRINGER, ULTMANN).

Do innych mniej pewnych objawów cierpienia gruczołu krokowego należy nasieniotok¹⁴⁾, we wszystkich odmianach klinicznych, przyspieszony wytrysk nasienia (w okresie wczesnym), niedołężstwo płciowe (w okresie późniejszym cierpienia), częste pollucye, *phosphaturia*, swędzenie w otworze stolcowym i mnóstwo innych zaburzeń czynnościowych w narządach płciowych, narządach trawienia, ośrodkach nerwowych i t. d.

Leczenie przewlekłego trypra gruczołu krokowego jest nieco złożone. Na pierwszym planie i tu stoją wstrzykiwania głębokie 2—3% roztworem lapisu. Do 5% roztworu dochodzę w przypadkach uporczywszych; silniejszych roztworów lub silnych czopków z lapisu, wprowadzanych za pomocą *porte-remède* DITTL'a, nie zalecam. Przy wydzielinie ubogiej w ciała ropne stosuję chętnie zgłębniki metalowe lub psychrofor, naprzemian z wstrzykiwaniami lub oddzielenie, w odstępach pięcio lub siedmiodniowych. Kąpiele nasiadowe, natryski na krocze, przemywania kiszek wodą letnią i zimną, czopki z jodkiem potasu lub z ichtyolem i jodkiem potasu; środki wzmacniające ustrój, wodoleczenie zastosowane do wskazań szczegółowych, odpoczynek w górach lub nad brzegiem morza, prawidłowy tryb życia, usuwanie zaparcia nawykowego — oto w głównych zarysach leczenie tego cierpienia.

BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA.

Błonica

przez D-ra H. Bourges.

(La diphtherie, Paris 1892, stron 226).

(Dalszy ciąg.—Zob. Nr. 33).

Jad błonicowy. Gdy się przekonano, że tak u człowieka chorego na błonicę, jakoteż i u zwierząt szczepionych zakażenie pozostaje miejscowem, że lasecznik błonicowy znajduje się tylko w błonach rzekomych, a nie przenika do obrotu krwi, przypuszczano dla objaśnienia objawów ogólnych i przypadłości w oddalonych narządach otrucie ustroju. I w rzeczy samej, jeżeli przefiltrujemy zapomocą przyrządu KITASATO kilkodziwno czyste hodowle laseczniaka błonicowego zawieszone w bulionie, przekonamy się, że laseczniaki pozostają na filtrze, a wraz z bulionem przechodzi przez filtr jad błonicowy. Gdy przefiltrowana hodowla jest co najmniej 2 lub 3 tygodniowa i gdy będzie wstrzyknięta w ilości 1 lub 2 ctm. sz. pod skórę świnek morskich, to zdychają

¹⁴⁾ Lub azoospermia. Ta ostatnia, jeśli przyjądrza są nienaruszone, dowodzi zarośnięcia bliznowatego przewodów wytryskowych.

one w ciągu od 24 godzin do 7 lub 8 dni stosownie do wieku hodowli, a zatem siły trującej jej jadu. Hodowle starsze już w mniejszej ilości i szybciej zabijają świnki morskie. Zmiany, wywołane przez tego rodzaju zastrzykiwania, są identyczne ze zmianami, spostrzeganymi przy zastrzykiwaniu hodowli lasecznika błonicowego, tylko brak w miejscu szczepienia błony rzekomej.

I przy zastrzykiwaniu pod skórę i do żył innych zwierząt, jak gołębi, królików, psów i t. p. otrzymano analogiczne wyniki, wskazujące na obecność w przefiltrowanym przez przyrząd KITASATO bulionie jadu błonicowego.

Tworzeniu się jadu błonicowego z jednej strony sprzyjają, z drugiej znowu przeszkadzają pewno okoliczności. I tak w naczyniu zamkniętym bez dostępu powietrza i światła siła trująca jadu lepiej się zachowuje; bulion zawierający jad błonicowy zachowuje siłę trującą w ciągu 5 miesięcy.

Warunki, które przeszkadzają tworzeniu się jadu błonicowego lub niszczą go, są liczne. Przedewszystkiem przy zetknięciu z powietrzem i pod wpływem działania promieni słonecznych tworzenie się jadu błonicowego coraz się zmniejsza. Siła trująca jadu błonicowego zdaje się zmniejszać przy przejściu przez ustrój ludzki. Świnki morskie i króliki, szczepione płynem wziętym z narządów chorych na błonicę, umierają powoli skutkiem postępującego charłactwa. Również pod wpływem wysokiej ciepłoty zmniejsza się siła trująca jadu błonicowego. Będąc przechowywany przez 2 godziny przy 58°, a jeszcze lepiej przez 20 minut przy 100°, jad błonicowy zabija świnki morskie i króliki po dosyć długim przeciągu czasu. Można też złagodzić działanie jadu błonicowego, zakwaszając bulion go zawierający. Kwas mleczny i winny wyraźnie zmniejszają działanie jadu błonicowego, niemniej kwas karbolowy i borny. Dalej laseczники tem mniej produkują jadu, im jest mniejszą ich siła zakaźna. Nakoniec BEHRING i KITASATO dowiedli, że jad błonicowy ulega zniszczeniu w ustroju zwierząt nieusposobionych do przyjęcia zarazka błonicowego.

Fakty, powyżej podane, zachęciły w ostatnich czasach do kilku prób, mających na celu zabezpieczenie zwierząt od błonicy. HOFFMAN, FRAENKEL i BRIEGER i nakoniec BEHRING w rozmaity sposób starali się kwestyę immunizacyi na drodze doświadczalnej rozstrzygnąć.

Zakażenia wtórne przy błonicy. Jak do innych cierpień zakaźnych tak i do błonicy dołączają się wtórne zakażenia, zależne od innych chorobotwórczych drobnoustrojów. Zaczęto je dopiero w ostatnich czasach studyować, a stąd wiadomości, jakie o nich posiadamy, są niezupełnie dostateczne. Dotąd nie wiele odosobniono drobnoustrojów, które wraz z lasecznikiem błonicowym znajdują się w błonach rzekomych. Wiadomo, że paciorkowice ropny często się znajduje w błonach chorych na błonicę. Jego przyłączenie się do l. błonicowego jest przyczyną złośliwych postaci (*hypertoxiques*) błonicy, prawdziwych ropnych zakażeń krwi (*septicaemia*), przy których jego obecność stwierdzić można we krwi. Znaleziono go też przy ropieniach, towarzyszących błonicy, przy ropnem zapaleniu ucha, gruczołów, tkanki łącznej na szyi, opłucnej, przy zapaleniu wikłającym błonicę, wspólnie z pneumokokiem. Oprócz paciorkowca znaną jest rola gronkowców, znajdujących w błonach rzekomych, w drogach oddechowych i płucach chorych na błonicę. Znaleziono też w błonach rzekomych pewne inne koki, dotąd ściśle nieokreślone. Oto wszystko, co wiemy o wtórnych zakażeniach przy błonicy.

Lasecznik rzekomo błonicowy. LOEFLER przy badaniach swych nad błonicą znalazł w ślinie u dziecka zdrowego i w tworach rzekomo błonicowych lasecznik, wielkie przedstawiający podobieństwo do lasecznika swoistego, różniący się od tego ostatniego pewnymi właściwościami hodowli, a szczególnie brakiem wszelkiego działania chorobotwórczego. Następnie lasecznik ten został dokładnie zbadany przez HOFFMAN'a, ZARNIKO, ROUX i YERSIN'a. Wszystkie to badania wykazały, że w błonach rzekomych, wśród licznych kolonii laseczników, obdarzonych wielką siłą zakaźną, znajduje się jedna lub więcej kolonii, których szczepienie zwierzętom pozostaje bez skutku. Lasecznik ten znajduje się też przy cierpieniach gardzieli niebłonicowych, szczególnie przy odrze, również u ludzi zdrowych w jamie ustnej i gardzielowej. ROUX i YERSIN znaleźli go w śluzie z gardzieli wśród 59 dzieci miasteczka, położonego nad morzem, 26 razy.

Pod względem własności morfologicznych hodowli na różnych ośrodkach, mało się różni w mowie będący lasecznik od lasecznika błonicowego. Różnica polega głównie tylko na własności chorobotwórczej. Zwierzęta, najbardziej czule na jad błonicowy, nie oddziałują na hodowle lasecznika rzekomo błonicowego.

Jaką rolę odgrywa lasecznik ten w etyologii błonicy, dotąd trudno ściśle określić. Większość przypadków błonicy zależy niewątpliwie od wniknięcia do ustroju laseczni-ka błonicowego, lecz istnieją prawdopodobnie przypadki, których źródłem jest w mo-wie będący lasecznik rzekomo błonicowy, zamieszkujący jamę ustną. Może on dzięki pewnym warunkom stać się punktem wyjścia zakażenia. Że saprofity mogą stać się chorobotwórczymi, zostało stwierdzonem przez doświadczenia, podjęte w pracowni PA-STEUR'a nad złagodzeniem zarazków i odzyskaniem przez nich siły zakaźnej. (Porówn. ref. w N. 17 Med. str. 350).

Błonicze rzekome. Oddawna znane są pewne twory rzekomo błonicowe, które obiektywnie zupełnie są podobne do błon, charakteryzujących sprawę błonicową, lecz różniące się przez towarzyszące im objawy i przez odrębny przebieg chorobowy od prawdziwej błonicy. Takim jest nalot szarawy na ranach, owrzodzeniach, na pryszczydłach źle opatrywanych, szankrach i syfilidach, przy pewnych zapaleniach gardzieli i t. p. Badania bakteryologiczne wykazały, że błony te nie zawierają la-sieczników LOEFFLER'a. Istnieją prawdopodobnie inne drobnoustroje, zdolne wywo-łać wysięki włóknikowe. Dalecy jesteśmy jeszcze od poznania wszystkich tych dro-bnoustrojów. Najnowsze badania bakteryologiczne wykazały, że w pewnych wa-runkach streptokoki, stafilokoki i inne bakterie dotąd ściśle nieokre-słone mogą wywołać rozwój błon rzekomych. Obecność paciorkowca ropnego stwier-dzono w błonicy u położnic, w zapaleniach gardzieli rzekomo błoniastych, towarzy-szających płonicy i przy nalotach, pokrywających syfilidy.

Na drodze też doświadczałnej stwierdzono, że za pomocą wspomnianych dro-bnoustrojów można wywołać rozwój błon fałszywych.

Wszystkie cierpienia w mowie będące, w których brak laseczniaka błonicowego, zasługują na miano błonicy rzekomej. Z błonicą mają one wspólnego tylko błonę, lecz różnią się od niej głównie brakiem charakterystycznego dla błonicy zatrucia ustroju, wywołanego przez ciała trujące, wydzielane przez laseczniaki błonicowe.

(D. c. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

128. Prof. EMMERICH i Prof. TSUBOI. **Czy wytwarzanie się azotonów pod wpły-wem laseczniaków cholery ma istotne znaczenie przy jej powstawaniu?** Pod tym ty-tulem w N. 32 Münch. Med. Woch. spotykamy się z odpowiedzią EMMERICH'a i TSU-BOI na artykuł KLEMPERER'a (patrz N. 32 Medycyny), będący, jak wiadomo, krytyką pracy wyżej wspomnianych autorów, dotyczącej się tej samej kwestyi.

E. i T. zupełnie się zgadzają z KLEMPERER'em, że analogia pomiędzy choro-bowymi objawami przy cholery i zatruciem azotonami bynajmniej nie wystarcza do twierdzenia, jakoby kwas azotawy miał być jadem wytwarzanym przez przecin-kowca cholery; nie zgadzają zaś się na to, co mówi o nich KLEMPERER, iż po prostu dla tego tylko za jad cholery kwas azotawy przyjmują, że zatrucie nim daje objawy podobne do objawów przy cholery spotykanych. Autorowie ci twierdzą, że jest to tylko pojedyncze ogniwo w całym szeregu ich dowodów, opartych na znacznej ilości spostrzeżeń i doświadczeń. Nie przeszkadza to jednak im twierdzić, że ana-logia pomiędzy objawami cholery i zatruciem azotonami prędzej przemawia na korzyść wielkiego znaczenia azotonów w cholery niż przeciw niemu.

Dalej autorowie surowo krytykują ilościowe określanie przez KLEMPERER'a stosunku, jaki zachodzi pomiędzy wytwarzaniem azotonów i zatruciem. Co się zaś tyczy doświadczeń KLEMPERER'a, dowodzących, że laseczniaki cholery, pozbawione zapomocą ogrzewania własności wytwarzania azotonów, wywołują pomimo to ty-powe objawy zatrucia, to autorowie uważają je za zbyteczne w obec znanych doś-wiadczeń PFEIFFER'a, o wiele dokładniej przeprowadzonych. PFEIFFER mianowicie dowiódł, że wstrzykując do jamy otrzewny morskiej świnie silnie ogrzane hodowle l. cholery, można spowodować śmierć zwierzęcia; działają tu wtedy trujące sub-stancje, zawarte w samych laseczniakach, i uwolnione z nich przy silnem ogrzewa-niu hodowli. Przy cholery u człowieka rzecz się ma zupełnie inaczej; tu niema rozpadu samych przecinkowców, przeciwnie następuje ich nadmierne rozmnażanie się, przy czem występuje zatrucie jadami z zawartości kiszek, wytworzonymi przy

udziale samych laseczników. Przytaczają dalej autorowie i zdanie WASSERMANN'a, że po zastrzyknięciu żywych laseczników cholery do jamy brzusznej morskiej świni, występują objawy tak zasadniczo różne od objawów cholery u człowieka, iż z wyników otrzymanych przy doświadczeniach na zwierzętach nie ma się prawa jeszcze wyprowadzać ogólniejszych wniosków i co do człowieka.

Doświadczenia KLEMPERER'a z zastrzykiwaniem do otrzewny laseczników cholery morskim świnkom, przy których nie znajdował we krwi tych zwierząt methemoglobiny, autorowie uważają dla tego za mało przekonujące, iż nie była przy tem zwrócona należyta uwaga, czem zwierzęta karmiono i czy były w dostatecznej ilości wprowadzane do ich ustroju azotany, z których pod wpływem laseczników cholery mogłyby powstać azotony. Ażeby rozstrzygnąć pytanie, czy śmierć przy cholerze u człowieka następuje wskutek zatrucia azotonami, trzeba by dowieść, że przecinkowce cholery także i wewnątrz ustroju ludzkiego i zwierzęcego w przeciągu krótkiego czasu wytwarzają takie ilości azotonów, że musi nastąpić zatrucie tymi ostatnimi i że z pożywieniem człowiek wprowadza do swego ustroju znaczne ilości azotanów.

Autorowie zrobili szereg odpowiednich doświadczeń na psach i przekonali się, że przy wprowadzeniu do żołądka, po uprzednim zalkalizowaniu soku żołądkowego, przecinkowców cholery, przy równoczesnym wprowadzeniu pewnej ilości azotanów—wytwarzają się azotony w takiej ilości, że u zwierzęcia występuje sinica, przyspieszone oddechanie oraz zjawia się we krwi methemoglobina. Jeżeli zaś autorowie wprowadzali do żołądka p. cholery bez równoczesnego wprowadzania azotanów, methemoglobiny we krwi nigdy nie było.

Co się tyczy drugiego punktu, to autorowie zwracają uwagę, iż woda studzienna w miastach zawiera rzadko mniej niż 0,1 grm. kwasu azotnego, czyli około 0,2 grm. azotanu sodu w jednym litrze. Obliczając 1 litr wody na człowieka dziennie, widzimy, że już tą drogą wprowadzamy do ustroju takie ilości azotanów, jakie pod wpływem p. cholery, zredukowane do azotonów, mogą wywołać objawy zatrucia. Oprócz wody wprowadzamy pewne ilości azotanów z zupą, piwem, kawą, sałatą, jarzynami i t. p. Jednem słowem EMMERICH i TSUBOI uważają zarzuty, czynione przez KLEMPERER'a ich pracy, za niesłuszne i niczem nie osłabiające jej znaczenia.

(*Munch. Med. Woch. N. 32. 1893*).

M. Sadowski.

129. A. WASSERMANN. Badania nad odpornością przeciw cholerze azyatyckiej.

Autor wraz z prof. BRIEGER'em ogłosił w roku zeszłym w *Deutsche med. Wochenschrift* (1892, N. 31), że udało im się uodpornić do pewnego stopnia morskie świnki przeciw cholerze azyatyckiej, zastrzykując im do otrzewnej ogrzane do 65°—80° hodowle bulionowe laseczników cholery. Stopień odporności, jaki zdołano osiągnąć wtedy, nie przenosił nigdy potrójnej, śmiertelnej przy zwykłych warunkach dawki.

Na nowo podjęte przez autora doświadczenia miały na celu wykazanie, czy nie można podnieść otrzymanego stopnia odporności tak, jak to zostało stwierdzone dla błonicy i tężca.

Hodowle, użyte do tych doświadczeń, pochodziły z zeszłorocznej epidemii cholery; stopień ich jadowitości był określony w ten sposób, że $\frac{1}{3}$ do $\frac{1}{2}$ uszka platynowego 18-godzinnej hodowli agarowej, zastrzyknięta w bulionie świnki morskiej, ważącej 300 grm., zabijała ją w ciągu 10—12 godzin przy zwykłych w takich razach objawach. Zawartość uszka platynowego odpowiadała mniej więcej 1,5 miligramom.

Przy badaniu zawartości jamy otrzewnowej takiej świnki można było zwykle wykazać znaczną ilość laseczników cholery. Niekiedy jednak, mianowicie przy stosowaniu $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ uszka, a więc najmniejszej dawki hodowli—wysięk otrzewnowy był zupełnie jałowy, pomimo że świnki morskie zdychały przy zwykłych objawach.

Świnki morskie posiadają same przez się pewien, wprawdzie nieznaczny, stopień odporności przeciw cholerze. Widać to z tego, że dawkę w ilości $\frac{1}{8}$ uszka znoszą one jeszcze dosyć dobrze; dopiero wyżej przytoczona dawka najmniejsza była dla nich śmiertelną, pomimo że wysięk otrzewnowy nie zawiera wcale laseczników cholery. Pomimo woli nasuwa się więc tutaj przypuszczenie działania nie laseczników samych przez się, ale pewnej trucizny, przez nie wydzielanej lub w nich zawartej. Przypuszczenie to nabiera pewności wobec faktu, że pewna ilość (1,0 do 1,5 uszka na 100 grm. wagi zwierzęcia) hodowli

cholery, zabitej przez działanie chloroformu, wysychania, ciepła i t. d., powoduje takie same zejście u morskich świnek przy takich samych objawach; autor sprawdził to przeszło 300 razy. Trucizna ta, zawarta w lasecznikach cholery, jest substancją nadzwyczaj stałą, nawet działanie bardzo wysokiej ciepłoty nie może osłabić jej jadowności. Zostaje ona w bezpośrednim stosunku do odporności sztućczej, co widać z następującego doświadczenia. Jeżeli odparujemy 1000 ctm. sz. 3—5-dniowej bulionowej hodowli przecinkowców cholery przy 70° — 80° do gęstości syropu i dodamy bezwodnego wysoku, wtedy powstaje obfity osad. Osad ten, zebrany na sączku, suszymy w suszarce nad kw. siarczanym. Już 0,02 grm. tej substancji, zastrzykniętej do otrzewnej, zabija morskie świnki; 0,01 grm. działa niepewnie; 0,005 grm. powoduje po paru godzinach szybko przemijającą chorobę przy znacznych wahanach ciepłoty. Po 24 godzinach takie świnki są już zupełnie zdrowe i do pewnego stopnia zabezpieczone przeciw następnym zastrzyknięciom. Znoszą one 1 do 2 uszek platynowych żywej hodowli cholery, podczas gdy świnki nieuodpornione padają już przy zastrzyknięciu $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ uszka. Niektóre świnki uodpornione znosiły jeszcze 3 uszka, wyższe wszakże dawki okazały się bezwarunkowo śmiertelnymi, a bardzo liczne i urozmaicone doświadczenia autora, żeby podnieść ten stopień odporności, dawały zawsze wyniki ujemne.

Przypuszczając, że zbyt wysoka jadowność preparatów, używanych do uodporniania, staje temu na przeszkodzie, postarał się autor o otrzymanie z hodowli cholery substancji, możliwie słabo działających. Hodowle poddawane były w tym celu działaniu kwasów, suszenia, amoniaku w rurach zamkniętych przy 37° , wreszcie bezwodnego wysoku przy takich samych warunkach,—jadowność zmniejszała się wprawdzie przy tem postępowaniu mniej lub więcej, w końcu jednak zwierzęta próbne mogły znieść dawkę tylko pięć razy większą od tych zwierząt, którym zastrzykiwano hodowle osłabione za pomocą chloroformu. Stopień odporności nie zwiększał się w takich razach zupełnie; jeżeli dawka zastrzykiwana nie wywoływała choroby — odporność nie występowała zupełnie, jeżeli świnki chorowały — stopień odporności pozostawał taki sam. Odporność taka występuje już po 24 godzinach i trwa 2, 3, 4, nie dłużej jednak nad 5 miesięcy.

Tak daleko zaszyły badania autora, gdy KOCH wypowiedział zdanie, że człowiek po wyzdrowieniu z cholery posiada pewną przeciw niej odporność. Mając na uwadze wyniki prac KITASATO i BEHRING'a, wyprowadził autor (niezależnie od LAZARUS'a) wniosek, że i surowica krwi takich ludzi powinna działać uodporniająco na zwierzęta. Chcąc sprawdzić swój wniosek, autor otrzymał surowicę ze krwi pewnego rekonwalescenta, u którego badanie bakteryologiczne już w przeciągu dwóch dni nie wykazywało w wypróżnieniach laseczników cholery i zastrzyknął jednej śwince 1 ctm. sz. tej surowicy, drugiej 5 ctm., trzeciej 10 ctm. Nazajutrz każdej z nich zastrzyknięto do otrzewny po 1,5 uszka świeżej hodowli cholery; wszystkie jednak zwierzęta po krótkim czasie padły,—odporności więc żadnej tym sposobem nie osiągnięto. Po upływie 25 dni po starał się autor powtórnie o pewną ilość surowicy od tego samego osobnika; 8 świnkom zastrzyknięto: 1,0 0,5 0,2 0,1 0,01 0,001 0,0001 0,00001 ctm. sz. tej surowicy, a następnego dnia po 1 uszku świeżej hodowli cholery i wszystkie pozostały zdrowe prócz ostatniej, której zastrzyknięto 0,00001 ctm. sz. surowicy uodporniającej. Odporność występowała natychmiast po zastrzyknięciu surowicy; wywoływała ją już 0,0001 ctm. sz. tej ostatniej. Pomimo jednak całej swej siły uodporniającej, surowica taka nie posiadała żadnych własności leczniczych. Po 29 dniach powtórzył autor to samo doświadczenie ze świeżą surowicą od tego samego byłego pacjenta. Siła uodporniająca surowicy wzmożła się jeszcze dziesięciokrotnie. W końcu autor robił próby z surowicą, pochodzącą od innego osobnika, który przechodził cholerę przed 5 miesiącami: najmniejsza dawka uodporniająca równała się 0,0001 ctm. sześć..

Autor nie wyprowadza z tych doświadczeń żadnych szczególnych wniosków; podając sprawdzone przez siebie fakty, chciałby zachęcić innych do rozwiązania wielu nasuwających się tutaj pytań.

(*Zeitschrift f. Hyg. u. Infektionskrankheiten*. Bd. XIV. 1893). W. Orłowski.

130. SAHLI. Przyczynę do etyologii goścca stawowego. U 16-letniej dziewczyny, która przebyła przed 6-ma laty pierwszy napad ostrego goścca stawowego, spostrzegł autor ponowny wybuch tego cierpienia, powikłanego zapaleniem wsier-

dzia i niedomykalnością zastawki dwudzielnej. Po dniach kilku przyłączyło się jeszcze zapalenie osierdza bez wysięku, obustronne zapalenie opłucnej i zapalenie lewego płuca; w 10 dni po przybyciu do szpitala chora zmarła. Podczas sekcji zrobił autor szczepienia na żelatynie i na agar-agarze, z owrzodzeń na zastawkach, z obrzniętych gruczołów limfatycznych, z błony maziowej stawu kolanowego, z wysięku z tegoż, z osierdza, opłucnej i z krwi z lewego serca. Z każdego organu dokonał 4 szczepień na żelatynie i 4 na agar-agarze. We wszystkich prawie próbkach rozwinęły się po upływie dni kilku kolonie zabarwione na żółto. Tylko próbki, w których zaszczerpiony był wysięk ze stawu i 2 próbki, w których zaszczerpiona była krew, pozostały jałowe. Po zrobieniu hodowli na płytkach, na kartoflu i w bulionie i po zbadaniu ich oraz zabarwionych preparatów wyhodowanego pasorzyta pod mikroskopem okazało się, że był on zupełnie identyczny z gronkowcem żółtym. Różnił się od niego tem tylko, że nie był chorobotwórczym dla królików, świnek morskich i kóz.

Istnieją tedy, zdaniem SAHLI'ego, 3 możliwości:

1) Znalezione gronkowce żółte były w danym przypadku sprawcą gościca stawowego oraz zapalenia wsierdza, osierdza i opłucnej.

2) Gronkowce żółte nie miały nic wspólnego z gościem stawowym, był jednak sprawcą wspomnianych powikłań.

3) Gronkowce żółte nie wywołały w danym przypadku ani gościa, ani powikłań jego; obecność jego jest tylko dowodem, że na krótko przed śmiercią z niewiadomych przyczyn rozwinęło się zakażenie ogólne (*sepsis*), którego ofiarą padła pacjentka.

To ostatnie przypuszczenie należy, zdaniem autora, stanowczo odrzucić; w hodowli ze krwi było właśnie najmniej drobnoustrojów, dwie próbki pozostały całkiem jałowe, podczas kiedy w pozostałych rozwinęły się wielkie ilości pasorzytów, co wskazuje na miejscowe znaczenie mikrokoków w odpowiednich narządach.

Nieprawdopodobnem także wydaje się autorowi i drugie przypuszczenie. Przeciwnie, za pierwszym przemawia stanowczo fakt, że podczas gdy we krwi było bardzo mało koków, rozwinęły się one w błonie maziowej stawów równie bujnie, jak w błonach surowicznych i wsierdzu. Pasorzyt, który się tak mnoży w ustroju żyjącym, musi wywoływać pewne zmiany chorobowe. Jest on chorobotwórczy, więc mnoży i rozwija się w ustroju żyjącym, i przeciwnie: skoro właśnie w żyjącym ustroju znajduje najlepsze warunki bytu, więc jest chorobotwórczy.

Trudno przypuścić, aby obecność jego żadnego zgola nie miała wywoływać wpływu, byłoby to sprzeczne z przyjętymi ogólnie poglądami na kwestję zakażenia. Autor sądzi tedy, że w danym przypadku gronkowce żółte były sprawcą gościa i wszystkich jego powikłań; ponieważ zaś był to typowy przypadek gościa, mniema przeto dalej, że gościec stawowy jest dziełem gronkowców i powołuje się na zgodne zapatrywanie BIRCH-HIRSCHFELD'a i GUTTMAN'a.

Czy był to istotnie gronkowce żółte, wywołujący zwykłe ropienie, czy też jakiś inny morfologicznie z nim pokrewny gatunek? Nie był on chorobotwórczym dla królików, świnek i kóz. Jest to różnica, bardzo na pozór znaczna, wiadomo jednak, że przebieg kliniczny cierpienia, wywoływanych właśnie przez gronkowce, bardzo jest zmienny i rozmaity. Można zatem przypuścić, że gościec stawowy wywołwany bywa przez mniej groźne, osłabione gronkowce, które w innym razie wywołują mogą ropienie, a tu wywołują tylko wysięk surowiczo-włóknikowy. Autor przyznaje, że pogląd ten dlatego tak trafia mu do przekonania, że z łatwością tłómaczy te wyjątkowe przypadki gościa, w których spostrzegane bywa ropienie i gdzie dotąd przyjmowano zawsze istnienie zakażenia wtórnego ropnymi drobnoustrojami. Przypadki te stanowiłyby niejako przejście od zakażenia bardzo słabymi mikrokokami (gościec stawowy) do stanów chorobowych, wywołanych przez silne, trujące koki (ropnica). Pogląd ten jest najzupełniej zgodny z wynikami badań najnowszych, coraz bowiem bardziej upada pogląd, że każdy pasorzyt wywiera tylko jedno specyficzne działanie i że wszelkie powikłania są wynikiem zakażenia wtórnego. Nie obstać SAHLI przy twierdzeniu, że w każdym przypadku gościa stawowego czynny jest gronkowce żółte; w wielu obecnym jest prawdopodobnie gronkowce biały lub złocisty, wszystkie te bowiem gatunki są bardzo zbliżone i mają prawie identyczne działanie chorobotwórcze. Dalsze badania wykażą,

czy i paciorkowce, jakkolwiek o wiele złośliwsze, w stanie osłabionym nie prowadzą niekiedy do stanów chorobowych, które klinicznie uważać należy za gościec stawowy. Wiadomo wszak, że przy różnych chorobach zakaźnych (szkarlatyna, rzeżączka) występują cierpienia stawów, wywoływane przez swoiste pasorzyty tych chorób. Wszystko zdaje się przemawiać za tem, że co do etyologii gościec stawowy nie jest wyosobnioną postacią chorobową. Różne zachowywanie się oddzielnych przypadków względem kwasu salicylowego przemawia też bardzo za tem, że nie wszystkie one mają tę samą etyologię.

(*Deut. Arch. f. kl. med. T. 51. Z. 4 i 5*). S. P.

131. WEILL. O zaburzeniach w układzie nerwowym u chorych na gruźlicę płucną. Autor opisuje 30 przypadków gruźlicy płuc, przy których spostrzegał zaburzenia ze strony układu nerwowego. Objawy te spotykają się przy gruźlicy płuc mniej więcej 4 razy na 10 przypadków i występują zwykle w postaci nadczułości mięśniowej, stawowej i kostnej, która, niezależnie od bólów samoistnie występujących, zjawia się zwykle po jednej stronie, rzadko na całym ciele, najczęściej przyletem na szyi, tułowi i kończynach. Jednocześnie spostrzegają się i inne zaburzenia nerwowe: znieczulenie, nadczułość skóry, jedno lub obustronne zwięźnienie pola widzenia, rzadko wreszcie osłabienie mięśniowe po stronie, na której wystąpiły zaburzenia czuciowe. Najczęściej spotykamy się z nadczułością mięśniową, która poprzedza inne zaburzenia i najpóźniej znika.

Zaburzenia nerwowe przy gruźlicy rozwijają się w okresie czasu od kilku dni do dwóch miesięcy, są zjawiskami przemijającymi, ustępują stopniowo w przeciągu kilku tygodni, niekiedy zaś nagle znikają. Nie mają one stałego związku z umiejscowieniem, rozległością i natężeniem sprawy chorobowej w płucach, wznagają się niekiedy przy zmniejszaniu się objawów płucnych i naodwrot ustępują przy zwiększaniu się tych objawów, w większości jednak przypadków idą z sobą w parze. Zaburzenia nerwowe zazwyczaj pojawiają się już w pierwszych miesiącach gruźlicy, spotykają się zarówno przy łagodnych postaciach, jak i ciężkich. Prawdopodobnie zachodzi dość ścisły stosunek między niemi i objawami, które częstokroć towarzyszą gruźlicy płuc; do takich należą: nadmierna pobudliwość, napady kaszlu, duszności, wymiotów i bicia serca. Objawy te mają cechę histerycznych, autorowi jednak nie udało się wykryć w obserwowanych przez siebie przypadkach ani dziedziczności, ani objawów drgawek, ani nieprawidłowego stanu umysłowego.

Zaburzenia nerwowe przy gruźlicy płuc nie zależą zdaniem autora ani od działania lasecznika gruźlicy na ośrodki nerwowe, ani od zakażenia przez inne drobnoustroje; prawdopodobnie powstają one wskutek podrażnienia dośrodkowego nerwów czuciowych oskrzeli i płuc.

(*Revue de Médecine. 1883. N-r 6*).

F. Sylwestrowicz.

132. I. ERLANGER. Badania doświadczalne nad stosowaniem salicylanu sodu przez kışkę prostą przy gościcu stawowym. Autor, zważywszy, iż niektórzy chorzy już to z samego początku, już to przy dłuższem stosowaniu u nich przy gościcu stawowym salicylanu sodu *per os* doznają przykrych objawów ze strony żołądka, postanowił na drodze doświadczalnej przekonać się, czy wprowadzona do kışki grubej dana dawka salicylanu sodu dosyć długo się w niej zatrzymuje, aby zdążyła wessać się taka ilość tego środka, iżby mogło nastąpić jego terapeutyczne działanie. Autor dokonał 78 doświadczeń nad 25 chorymi; 15 z nich chorowało na ostry, a 7 na przewlekły gościec stawowy; próbował autor także stosować salicylan sodu w ławatywach u jednego chorego z zapaleniem płuc, a u drugiej z gorączką połogową dla uśmierzzenia bólów stawowych, lecz bezskutecznie.

Ażeby rozstrzygnąć pytanie, czy salicylan sodu ulega w kışce wessaniu i jak prędko zjawia się w moczu, E. badał mocz na zawartość salicylanu sodu zapomocą chlorku żelaza (fioletowe zabarwienie). Ażeby zaś przekonać się, czy cała ilość tego środka uległa wessaniu, czy tylko pewna jego część, badane były pierwsze, po zastosowaniu ławatywy z salicylanem sodu oddane przez chorego, stolce. Przed każdą taką ławatywą autor oczyszczał kışkę zapomocą ławatyw z gliceryny lub wody. Po większej części salicylan sodu, użyty do ławatyw, był rozpuszczony w wodzie o ciepłocie ciała. 6—8 grm. *nat. sal.*, 100 grm. wody i 1,5 *Traie opii* z początku autor wlewał w dwóch porcyach po 50 grm. każda, później zaś zwykle stosował całą ilość odrazu raz na dzień.

Ze szczegółowych protokółów ERLANGER'a okazuje się, że salicylan sodu wsysa się przez kiszkę prostą w dostatecznej ilości, aby wystąpiło w całej pełni jego terapeutyczne działanie. Już po upływie 14 min., a niekiedy dopiero po godzinie wykazać można jego obecność w moczu, ostatnie zaś ślady autor znajdował po upływie 46, *resp.* 85 godzin od czasu ostatniej ławatywy. Przy użyciu salicylanu sodu w ławatywach E. nie widział żadnego pobocznego działania, a nawet zwykle towarzyszący użyciu tego środka szum w uszach mniej był w danym razie dotkliwy dla chorych, niż przy użyciu przez usta. Znaczne polepszenie lub zupełne wyzdrowienie następowało u chorych autora już po użyciu 3—4 ławatyw, niekiedy jednak dopiero po 6. (*Deut. Arch. f. klin. med. T. 51. 1893*). M. Sadowski.

133. DIEULAFOY. O chorobie BRIGHT'a. (Z posiedzenia akademii lekarskiej w Paryżu d. 6, 20 i 27 czerwca 1893). DIEULAFOY twierdzi, że objawy zwykle uważane za charakterystyczne przy rozpoznawaniu choroby BRIGHT'a i mocznicy t. j. białkomocz i obrzęki nie są objawami stałymi. Na 60 przypadków choroby BRIGHT'a, spostrzeganych przez autora, nie było białkomoczu w 15 przypadkach. Białkomocz przez czas dłuższy może wcale nie występować; widzimy w tych razach mniej lub więcej wydatne objawy mocznicy, ślady choroby BRIGHT'a, i podczas pobytu chorego w szpitalu białkomocz nie występuje. Z drugiej strony wiadomo, że ludzie zdrowi czasami wydzielają białko z moczem, białkomocz taki może nawet być objawem stałym, a pomimo to nie występują objawy mocznicy, gdyż niema cierpienia nerek w tych przypadkach. Niezależnie od niestalego występowania białkomoczu można rozpoznać napad mocznicowy na zasadzie następujących objawów:

1) Zboczeń słuchowych, które są częstsze, aniżeli zboczenia wzroku. Spostrzegamy w tych przypadkach szumy, przytępienie słuchu a nawet zupełną głuchotę. D. objawy narządu słuchowego widział w 34 przypadkach na ogólną cyfrę 60 chorych.

2) Zawrotów MENIÈR'a nie ustępujących żadnemu leczeniu, a jednak znikających w kilka dni po stosowaniu kuracji mlecznej.

3) Uczucia t. z. martwego palca, umiejscowionego w kilku palcach obu rąk i trwające kilka minut do kwadransa.

4) Uporczywego swędzenia.

5) Częstego parcia na mocz, t. zw. *pollakiuria*, niesłusznie uważanego za poluryę, gdyż są chorzy, którzy często i wiele moczu oddają, inni zaś często lecz mało oddają moczu. Pollakiurię taką wywołuje silne podrażnienie pęcherza przez mocz nienormalny.

6) Objawu, na który autor pierwszy zwrócił uwagę, a mianowicie silnej wrażliwości chorych dotkniętych chorobą BRIGHT'a na zimno t. z. *kryästhesia*. Objaw ten umiejscawia się głównie w dolnych kończynach, w kolanach, łydkach i nogach.

7) Wężykowatości tętnicy skroniowej, która jest przytem twardą i wygląda jak tętnica ateromatyczna. Tętnica jednak nie jest miażdżycowo zwyrodniona, a wężykowatość zależy tylko od rozszerzenia naczynia, wywołanego wzmożeniem ciśnieniem krwi, u wielu chorych, dotkniętych chorobą BRIGHT'a, w całym układzie tętniczym spotykaniem.

Prócz tych objawów, zwraca autor jeszcze uwagę na kurcze łydkowe, pojawiające się najczęściej w nocy, na długotrwałe krwotoki, występujące codziennie w rannych godzinach i w końcu na tak zwane przez D. elektryczne wstrząśnienie. To ostatnie ma na tem polegać, że w chwili zasypiania lub też już śpiący chory nagle, jakby pod działaniem wyładowania elektrycznego, zostaje przebudzony. Są to krótkotrwałe mocznicowe drgawki. Objawy te w braku obrzęków i białkomoczu pozwalają na rozpoznanie choroby BRIGHT'a. Objawy powyższe mają każdy oddzielne nie wielkie znaczenie, lecz razem wzięte—doniosłą wartość rozpoznawczą. Jeszcze większe znaczenie, naturalnie, mieć one będą przy jednoczesnem istnieniu obrzęków i białkomoczu. Obrzęki i białkomocz nazywa D. wielkimi objawami choroby BRIGHT'a, poprzednio zaś wymienione małe mi. Wszystkie małe te objawy mają wspólną cechę t. j. zmniejszają się następnie pod wpływem kuracji mlecznej. Prócz tego w przypadkach tych zaznaczyć wypada trujące własności moczu. D. stwierdził, że mocz chorych z objawami małemi, nawet w razie braku białka, traci swe własności trujące. Z obserwacji nad większą ilością chorych należy przejść do wniosku, że białkomocz i choroba BRIGHT'a nie są jednoznaczne.

(*Wiener med. Presse. N-r 33*). L. G.

134. W. PH. SPRATLING. **Przypadek zatrucia kodeiną.** S. został wezwany do chorej młodej mężatki, która trzy godziny przedtem zażyła na raz 16 pigułek, zawierających po pół grana kodeiny, ponieważ przepisana jej poprzednio dawka ćwierć granowa nie dawała pożądanego uspokojenia bólów i snu. W godzinę później wystąpiły mdłości, potem wymioty nieobfite, półpłynne. W chwili przybycia S., chora była przytomna, ale bardzo niespokojna; nie mogła uleżeć w jednym położeniu, które zmieniała co chwila, rzucając się gwałtownie na łóżku. W krótkich przerwach występowały drgawki we wszystkich mięśniach kończyn górnych i głowy. Chora skarżyła się na silne swędzenie skóry, najsilniejsze na powierzchniach zgięcia i na plecach. Skóra ciepła i wilgotna. Zrenice bardzo zwężone i nieruchome. Oddechów 12 na minutę. Chora doznawała silnego pragnienia i uczucia pełności w głowie. Uczucia przyjemnego, jakie zdarza się po użyciu morfiny, chora nie zauważyła, lecz skarżyła się na trudność zebrania myśli. Obmywanie roztworem dwuwęglanu sodu usunęło swędzenie skóry, chora zasnęła, ale co kilka minut budziła się raptownie. Skóra stała się wyraźnie nadczułą. Po zastosowaniu zwykle używanych środków przeciwko zatruciu makowcem, chora po kilku godzinach czuła się dużo lepiej, a nazajutrz pozostało tylko znaczne osłabienie mięśni. Autor przytacza znane w literaturze dwa przypadki ciężkiego zatrucia kodeiną, jeden po użyciu czterech, drugi — 8 granów. (*Medical Record. 15 Lipca. 1893.*)

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= C. STEIMETZ na zasadzie własnego doświadczenia uważa *oxychinaseptol* (*diaphlerin*) w 1% roztworze, jako środek posiadający działanie odwaniające, bardzo właściwy do stosowania przy ranach zanieczyszczonych oraz sprawach zgorzeliowych. Maść zawierająca 50% dyafteryny, działa żrąco i nie sprawia bólu. Autor przypuszcza, że na zasadzie tej ostatniej własności środek ten będzie można stosować dla przyżegania ran dyfterytycznych. (*Münch. Med. Woch. 31—93.*) M. S.

= D-r GELPKE z Bandjar Preanger (Jawa) w liście do prof. THOMAS'a w Fryburgu donosi o znakomitym środku przeciwko dyzenterii. Przepis brzmi jak następuje: Rp. *Cort. rad. Granat. Sina rubae aa. 10,0. Macera c. Vino Gallico 750 per horas XX.* S. 6—8 łyżek stołowych dla dorosłych i tyleż łyżeczek od kawy dla ssawców i dzieci. Dyzenterya ustępuje pod wpływem tego środka w przeciągu 4—8 dni w najbardziej zaniedbanych przypadkach. Przy użyciu tego środka nie potrzeba zachowywać diety, najlepiej jednak spożywać mięso bez

tłuszczu i kurczęta. Przy innego rodzaju biegunkach lekarstwo powyższe lepiej również działa od innych środków. Zdziwiające wyniki widział G. przy biegunce letniej ssawców i dzieci. (*Deut. med. Woch. N. 32.—93 r.*)

= BURREL stawia następujące wskazania do intubacji krtani i do tracheotomii: przy dławcu i przy nieżyłowym zapaleniu krtani przekładać należy intubację nad tracheotomię, przy rozszerzeniu się zaś sprawy dławcowej poniżej strun głosowych—tracheotomię nad intubację. Przy błonicy gardzieli i krtani w początku stosować należy intubację, przy dłuższem trwaniu choroby i szerzeniu się jej—tracheotomię. Przy obrzęku głowni radzi autor intubację, przy obcych ciałach zaś w drogach oddechowych, ucisku tchawicy przez nowotwory, ucisku na nerw błędny (*recurrens*), złamaniach krtani i chrząstek tchawicy i nowotworach krtani—tracheotomię. Wogóle intubacja jest tem właściwszą, im osobnik jest młodszy. (*Boston med. and surg. Journ. 6 Kwiecień. 1893.*)

Wiadomości bieżące.

— Stan sanitarny naszego miasta uległ w ciągu ostatnich paru tygodni znacznemu pogorszeniu w porównaniu z miesiącami poprzednimi. Śmiertelność jest wprawdzie mniej-

sza nieco, aniżeli w odpowiednim czasie roku zeszłego, ale większa, aniżeli w ciągu trzech lat poprzedzających. Między chorobami panującymi pierwsze miejsce, jak zwykle w miesiącach

letnich, zajmują ostre cierpienia przewodu pokarmowego, mianowicie niezbyt żołądka i kiszek u dzieci. Przypadki tej choroby są jednakże dotąd mniej liczne, aniżeli w roku zeszłym i przebieg ich jest w ogólności dosyć łagodny. Najcięższe zdarzają się u dzieci żywionych sztucznie, a przedewszystkiem u odłączonych od piersi w czasie upałów. Jest to okoliczność, na którą należy w czasie lata zwracać baczną uwagę i stanowczo w tej porze roku odradzać odstawiania dzieci od piersi. Główną przyczynę zwiększonej śmiertelności stanowi jednakże wzmocnienie się chorób zakaźnych; często mianowicie spostrzegamy obecnie szkarlatynę o przebiegu bardzo ciężkim i krwawą biegunkę. Nie dosięga ona jeszcze tych niezwyklej rozmiarów, co w roku ubiegłym, ale widocznie z każdym dniem się rozszerza w mieście. Oprócz powyższych, z chorób zakaźnych wydzarają się obecnie dosyć liczne przypadki dyfterytu, kółka, mniej liczne odry i włóknikowego zapalenia płuc. Natomiast epidemia tyfusu wysypkowego zmniejszyła się widocznie, a świeżych przypadków epidemicznego zapalenia opon mózgo-rdzeniowych nie widzimy zupełnie. J. K.

— „Smithsonian Institution“ w Waszyngtonie ogłasza 3 konkursy na następujące tematy:

1) 10,000 dolarów za nowe i ważne odkrycie o własnościach i przyrodzie powietrza atmosferycznego; odkrycie może dotyczyć nie tylko meteorologii, ale i higieny, fizyki albo jakiegokolwiek innej nauki biologicznej.

2) 2,000 dolarów za najlepszą pracę o znanych własnościach powietrza atmosferycznego.

3) 1,000 dolarów za najlepszą pracę popularną o powietrzu atmosferycznym, jego własnościach i stosunku do higieny cielesnej i duchowej. Praca ta powinna zawierać nie więcej niż 20,000 wyrazów i ma być napisana przystępnie i zrozumiale dla każdego.

Prace w języku angielskim, niemieckim, francuskim i włoskim mają być do 1-go czerwca r. 1894 pod adresem „Smithsonian Institution“ przysłane. Prace na pierwszy konkurs mogą być nadsyłane do 1-go grudnia r. 1894. Z. S.

— Zjednoczona prasa w Ameryce wyznaczyła nagrodę 2,500 franków za najlepszą pracę „o etyologii i leczeniu suchot płucnych“.

— **Zmarli:** W dniu 17 b. m. świat lekarski okrył się żałobą; jeden z najznakomitszych współczesnych lekarzy, CHARCOT, umarł. Wiele tryumfów wiedzy związanych jest z tem nazwiskiem. Był to geniusz kliniczny, który wiekopomnie położył zasługi w opracowaniu zwłaszcza chorób nerwowych, nowe formy chorobowe z chaosu wyłonił (*sclérose en plaques, sclérose latérale*

amyotrophique etc.), poznanie innych znakomicie pogłębił. Tak jak FRITSCH i HITZIG słynni swemi doświadczeniami poznałymi naz okolicą ruchową kory u zwierząt, tak CHARCOT (współ z PITRES'em) swemi badaniami klinicznymi położył niespożyte zasługi koło poznania ośrodków ruchowych kory u człowieka i nauki o umiejscowieniu czynności mózgowych wogóle. Jemu nauka zawdzięcza dokładne opracowanie roli i przebiegu pęczka piramidального, znaczenia otoczki wewnętrznej dla szlaków nerwowych idących od i do kory. On pierwszy wyjaśnił znaczenie odżywcze komórek zwojowych przednich rogów rdzenia dla korzeni przednich i mięśni i t. d.. W ostatnich latach ulubionem polem jego badań była histerya, której nowe horyzonty w patologii otworzył, że tu tylko wspomnę o histeryi urazowej.

Niepodobna w krótkiej wzmiance wyliczyć wszystkich zasług tego męża. Wszędzie, gdzie pracował, pozostawił piętno swego geniuszu; wspomnę o badaniach nad *cirrhosis hypertrophica* i o odkryciu kryształów w białaczce, noszących jego nazwisko. W dziedzinie kliniki okazał, do jak olbrzymich wyników prowadzić ścisła, bystra obserwacja, uzupełniona dokładnem badaniem pośmiertnem. CHARCOT był zwolennikiem odrębności i stałości chorób (punkt widzenia ontologiczny) był przedstawicielem tej szkoły, która wyznaje, że zadaniem obecnej doby medycyny wewnętrznej jest wyosobnienie różnych postaci chorobowych, etyologia chorób, wydoskonalenie metod badania klinicznego, służących do możliwie dokładnego rozpoznania. Ale i w dziedzinie terapii chorób nerwowych nazwisko jego nie pozostanie bez śladu, że tu wspomnę tylko o zastosowaniu chininy przy chorobie MENIÉRE'a.

We współczesnej Francji lekarskiej CHARCOT stworzył szkołę; między jego uczniami są BOUCHARD, PITRES, JOUFFROY, DÉJÉRINE, FÉRÉ, MARIE, GILLES DE LA TOURETTE, BABIŃSKI i t. d.. Rzecz dziwna, jeszcze 12 lat temu sława jego była większą w Niemczech niż we Francji; rzecz prawie można, że do ojczyzny tego męża przeszła ona z Niemiec.

Zmarł w 67 r. życia, podobno wskutek apopleksyi mózgowej, choroby, do której poznania najwięcej się przyczynił (tętniaki prosówkowe tętnic mózgowych). Syt bogactw i zaszczytów, nie przestał jednak do ostatniej chwili pracować.

S. Goldflam.

— W Wrocławiu SOMMERBRODT, znany z prac nad leczeniem gruźlicy.

— W Marburgu jeden ze znakomitych psychiatrów niemieckich prof. CRAMER.